Lane Medical Library

Aus der chirurgischen Klinik zu Bonn.

Beitrag

zur

Statistik des Carcinoma Penis.

Inaugural-Dissertation

bei der

Meldung zum Doctor-Examen

der

hohen medicinischen Facultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt

im Januar 1898

von

CARL WENZEL

aus Berncastel.

DÜSSELDORF.
Buchdruckerei von Ed. Lintz.
1898.

Aus der chirurgischen Klinik zu Bonn.

Beitrag

zur

Statistik des Carcinoma Penis.

Inaugural-Dissertation

bei der

Meldung zum Doctor-Examen

der

hohen medicinischen Facultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt

im Januar 1898

von

CARL WENZEL

aus Berncastel.

DÜSSELDORF.
Buchdruckerei von Ed. Lintz.
1898.

Meiner lieben Mutter

und dem

teueren Andenken meines Onkels

Dr. Lauerburg

in Dankbarkeit zugeeignet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152003_0168

Beitrag

zur

Statistik des Carcinoma Penis.

Die häufigste maligne Neubildung am Penis ist bekanntlich der epitheleale Krebs. Nach Angabe der meisten Autoren bildet er ca. 2—3 % sämtlicher Krebsfälle. In auffallendem Widerspruch zu dieser Ansicht stehen allerdings die Beobachtungen von O. Petersen („Ueber Amputatio penis", St. Petersburger med. Wochenschrift No. 32 und Wiener med. Blätter No. 34), der denselben unter vielen hundert Carcinomafällen während 12 Jahren nur 3mal beobachtete, obwohl er in dieser Zeit 15000 Peniskranke zu Gesicht bekam. Dagegen wurden in den letzten 6 Jahren in der I. chirurgischen Klinik in Budapest 14 Fälle von Peniscarcinom und in dem Zeitraume vom Jahre 1886—92 in der Greifswalder Klinik 15 Fälle operirt. Verfasser selbst fand in der hiesigen chirurgischen Klinik seit dem Jahre 1882—97 25 Fälle von Peniscarcinom verzeichnet, die zur Operation gekommen waren, ausserdem noch einen Fall, der von Geh.-Rat Prof. Schede im hiesigen Johannes-Hospital operirt wurde.

Die Aetiologie des Peniscarcinoms ist zum Teil die des Krebses überhaupt. So treffen wir die Krankheit in den allermeisten Fällen bei älteren Individuen zwischen 45—70 Jahren, wo ja auch die Bedingungen, die Thiersch zur Entstehung des Krebses für wahrscheinlich hält, nämlich eine Störung des Gleichgewichtzustandes zwischen Epithel und Stroma am ehesten sich vorfinden (senile Disposition). Unter den Fällen, die ich an der hiesigen Klinik verzeichnet fand, befinden sich nur zwei Individuen, die das Alter von 45 Jahren nicht ganz erreichten; die übrigen waren zum grössten Teil weit über 50 Jahre, so dass hier eine Durchschnittszahl von ca. 60 Jahren sich ergiebt.

Die Veranlassung zu der epithelealen Wucherung ist in vielen Fällen traumatischer Art (Fall, Stoss etc.); Martin hat als häufiges ursächliches Moment direkte Ansteckung von den krebsig erkrankten Geschlechtstheilen der Frau des Patienten gesehen; als eine Praedisposition zu Peniskrebs will eben dieser Autor in zwei seiner Fälle syphilitische Ansteckung erwiesen haben. Als gewöhnlichstes ursächliches Moment wird von vielen die congenitale Phimose angenommen. Und in der That scheint, nach dem häufigen Zusammentreffen beider Krankheiten zu schliessen, ein innerer Konnex hier zu bestehen. So hat Demarquay bei 59 Fällen 42mal Phimose gefunden, also ca. 71%. Bei den oben erwähnten Fällen aus der Greifswalder Klinik waren es 60%, bei denen das Zusammentreffen von Phimose mit Peniscarcinom nachgewiesen werden konnte. Was die Fälle an der hiesigen Klinik betrifft, so habe ich von 26 in 19 Fällen direkt congenitale Phimose konstatirt gefunden; nur in einem Falle ist ausdrücklich angegeben, dass sie nie bestanden, in drei Fällen ist überhaupt kein Anlass angegeben. In einem Falle ist Stichverletzung und in zwei anderen ein ulcus als Ursache konstatirt. Bei 75% aller Patienten finden wir also hier Phimose angegeben. Dieses häufige Zusammentreffen von Phimose und Peniskrebs scheint leicht erklärlich aus mechanischen und chemischen Gründen. Die fortwährenden Reibungen und Zerrungen, denen das Glied infolge der Phimose beim Coitus ausgesetzt ist, die chemischen Zersetzungen infolge des stagnirenden Harns, die Balanitis, veranlasst durch die schwierige Entfernung des Smegmas, sind auf jeden Fall von nicht zu unterschätzender Bedeutung bei der Aetiologie des Peniscarcinoms. Bei den Juden soll daher nach Travers Peniscarcinom gar nicht oder nur ausnahmsweise vorkommen. Ausser der Phimose kommen als Ursache noch sonstige chronische Entzündungen (spitze Condylome, Warzen, Hauthörner) und Narben in Betracht.

Was den Verlauf des Peniskrebses anbelangt, so gleicht er dem der übrigen Krebse. Seinen Ausgangspunkt bildet nach Thiersch ausschliesslich die Malpighische Schicht der Vorhaut und Eichel, während in späterer Zeit seine unterminirende Verbreitungsweise sehr zu berücksichtigen ist.

Von den hiesigen Fällen war der Sitz des Krebses 6mal das Praeputium, 6mal die Glans allein; in 8 Fällen waren beide zusammen der Ausgangspunkt; in den übrigen Fällen war der Sitz entweder nicht angegeben oder der Krebs hatte bereits das ganze Glied zerstört. — Schwierigkeiten kann event. die Differenzialdiagnose zwischen Peniscarcinom und Lues machen, da die papillären Wucherungen bei ersterem oft schlecht von den papillären Condylomen zu unterscheiden sind; hier müssen anderweitige Symptome, im ungünstigen Falle eine antisyphilitische Kur den Ausschlag geben. Meist kommen aber die betreffenden Patienten, weil das Carcinom lange Zeit keine Symptome macht, erst dann in die Behandlung, wenn man die Diagnose auf Carcinom ohne weitere Schwierigkeit stellen kann.

Die Therapie des Peniskrebses besteht in der operativen Entfernung des Krebsherdes resp. in der Amputatio penis und Ausräumung der Leistendrüsen. Früher suchte man einige Zeit durch Pinselung mit Jod oder Auflegen von ätzenden Salben den Krebs zu bekämpfen, wodurch man die gesteigerten Wachstumsvorgänge des Epithels herabzusetzen glaubte, aber die Erfolge waren gleich Null. Das einzige wirksame Mittel gegen diese bösartige Neubildung ist nur der chirurgische Eingriff. In der neueren Zeit wird die Operation mit dem Messer den anderen Methoden, Galvanocaustik und Ecrasement, von den meisten Chirurgen vorgezogen, während man früher, zum Teil aus Furcht vor grossen Blutungen, weniger gern mit dem Messer operirte; infolge der ausgezeichneten Technik der jetzigen Chirurgen jedoch ist diese Besorgniss gegenstandslos geworden. Mit Recht giebt daher Thiersch in seinem klassischen Werke über den epithelealen Krebs der jetzt allgemein gebräuchlichen Operationsmethode den Vorzug: „Was die operative Technik betrifft, so schreibt er, so gebe ich dem Messer den Vorzug, denn so nützlich sich die Galvanocaustik und das Ecrasement in vielen Fällen erweist, in denen die Grenzen der Operation mit Bestimmtheit festgesetzt werden kann, so bedenklich ist es sich dieser Methoden dann zu bedienen, wenn die Trennungsfläche auf Anfänge der Entartung untersucht werden muss, und gerade bei Peniskrebsen kommt es vor, dass die Entartung im Innern der Corpora

cavernosa beträchtlich weiter unterminirend fortgekrochen ist, als sich vor der Operation durch Betastung wahrnehmen lässt, und wie nahe liegt die Gefahr, dass dies bei Anwendung des Ecrasement oder der Galvanocaustik übersehen wird — zum unverbesserlichen Nachteil des Kranken. Meines Erachtens sind die Besorgnisse vor gefahrbringenden Blutungen bei Operationen am Penis mit dem Messer wenig begründet und reichen die gewöhnlichen Vorsichtsmassregeln vollkommen aus".

Prof. Trendelnburg, aus dessen Zeit an der hiesigen Klinik die meisten von mir gesammelten Fälle stammen, hat abwechselnd mit dem Ecraseur und dem Messer operirt; die von Geh.-Rat Prof. Dr. Schede ausgeführten Operationen wurden alle mit dem Messer gemacht. Soll die Operation irgend einen Erfolg haben, so müssen vor allem auch die infizirten Leistendrüsen entfernt werden. In den von mir gesammelten Fällen hat Prof. Trendelnburg 6mal die Ausräumung der Leistenbeugen vorgenommen. Prof. Schede steht auf dem Standpunkte, die Leistenbeugen auszuräumen, auch wenn die Drüsen noch nicht geschwollen und palpierbar sind. Auf jeden Fall ist auf diese Weise am besten einem Recidiv vorzubeugen. In einem Falle, wo die Geschwulst genau abgegrenzt war, wurde von Prof. Trendelnburg nur die Excision der Geschwulst, nicht die Amputatio penis vorgenommen.

Die Amputation wird nach den Regeln des ein- oder zweiseitigen Cirkelschnittes am hängenden Teil des Gliedes ausgeführt, wobei eine Hautmanschette erhalten wird. Die Corpora cavernosa vereinigt man und näht die Haut darüber zusammen. Um eine Narbenstriktur der Harnröhre zu verhindern, vereinigt man rechts und links die Ränder derselben lippenförmig mit der Haut, oder noch besser, man durchschneidet die Harnröhre $^1/_2$ cm tiefer als den übrigen Penis und verfährt dann in gleicher Weise. Die Blutung während der Operation wird beherrscht, indem ein Assistent das Glied an der Wurzel in toto komprimirt. Katheterismus nach der Operation ist unnöthig, wenn nicht schädlich. Muss der ganze Penis und die den absteigenden Scham- und aufsteigenden Sitzbeinästen anliegenden divergirenden Schenkel der Corpora cavernosa mit entfernt werden, so

thut man gut, die perineale Urethrotomie auszuführen, die darin besteht, dass man den Harnröhrenstumpf durch eine Incision am Perineum nach aussen führt und ihn hier durch die Naht fixirt. In den Fällen aus der hiesigen Klinik wurde diese Operation zweimal ausgeführt.

Bevor ich nun zur Besprechung der Prognose übergehe, lasse ich eine Statistik der von mir in der hiesigen chirurgischen Klinik gesammelten Fälle folgen, von denen ich bei den letzten von Prof. Schede operirten den ganzen Krankheitsverlauf mitteilen werde.

Alter	Anlass	Sitz der Krankheit	Art der Operation	Zeit der Operation	Ausgang der Operation	Weiter-Verlauf
64	Phimose.	Praeputium Leistendrüsen geschwollen.	Amputatio mit Ecraseur.	19. VII. 82.	13. VIII. 82 als geheilt entlassen.	21. I. 1886 Tod an Recidiv.
66	nie Phimose Anlass?	Praeputium.	Amputatio mit Ecraseur.	21. VIII. 82	Als geheilt entlassen mit vollständig vernarbten Wunden.	Unbekannt.
51	Anlass?	?	Amputatio penis.	19. XI. 83.	In Heilung; später Strictur, die 7. II. 89 operirt wurde.	Unbekannt.
65	Phimose.	Praeputium und Glans.	Amputatio mit Ecraseur.	2. V. 83.	1 Tag nach der Operation	Tod an Glottiskrampf
89	?	?	Amputatio mit Ecraseur und Anlegen einer Hypospadie.	10. IV. 84.	Entlassen mit granulirenden Wunden.	Tod 14. V. 96 Altersschwäche.
66	Kleine Schrunde am Penis, die zeitweise aufbrach.	Glans und Praep. Inguinaldrüsen geschwollen.	Amputatio und Exstirpatio der Inguinaldrüsen.	14. IV. 85	Heilung.	VII. 92 Tod an Magen-Krebs.

?	Phimose.	Glans penis und Tumor in der Inguinalgegend.	Amputatio u. Exstirp. d. Tumor.	IX. 87.	7. XII. 87 Pat. mit haselnussgrossen Recidiv in der Leistengegend entlassen.	18. XII. Wiederaufnahme und Oper. des Tumor, später Tod an Kachexie.
61	Phimose.	Glans Inguinaldrüsen geschwollen.	Amputatio mit Messer. Exstirp. der Drüsen.	13. X. 88.	Entlassung mit geringer Eiterung in d. linken Inguinalgegend.	Unbekannt.
56	Phimose.	Sulcus coron. Glandis Inguinaldrüsen geschwollen.	Amputatio mit Ecraseur.	19. IX. 88.	Geheilt entlassen.	Noch gesund.
61	Phimose.	Vorderes Drittel des Penis, Leistendrüsen infizirt. Knoten auf den Bauchdecken.	Amputatio mit Ecraseur. Urethrotomie, Knoten exstirp.	28. I. 89. Exstirp. d. Ing.-Drüs. 15. II. 89.	Nach 4 Wochen Recidivknötchen am Penisstumpf u. Mons Veneris u. Oedema scroti. 18. V. Pat. reist nach Hause.	Tod an Kachexie im VI. 89.
43	Phimose.	Praeputium, Leistendrüsen geschwollen.	Amputatio penis und Exstirpatio der Inguinaldrüsen.	19. VII. 89.	3. VIII. 98 geheilt entlassen mit Bougie zur Erweiterung des orif. extr. urethrae.	Noch gesund.
74	Phimose	Praeputium. Inguinaldrüsen geschwollen.	Amputatio mit Ecraseur.	18. VI. 90.	Entlassen mit granul. Wunde. Leistendrüsen nicht weiter geschwollen.	26. X. 92 Tod an Recidiv am Knie.

Alter	Anlass	Sitz der Krankheit	Art der Operation	Zeit der Operation	Ausgang der Operation	Weiter-Verlauf.
54	Phimose	Praeputium und Glans. Leistendrüsen geschwollen.	Amputatio penis mit Messer und Excision der Leistendrüsen.	6. IX. 90.	Geheilt entlassen.	Noch gesund.
70	Phimose	Glans und Praeputium, Leistendrüsen geschwollen, aber nur wenig.	Amputatio dicht am Scrotum. Einnähen nach Thiersch.	12. II. 92.	Geheilt entlassen. Leistendrüsen nicht durchzufühlen.	Noch gesund.
67	?	Ganzer Penis zerstört. Inguinaldrüsen etwas geschwoll.	Amputatio und Urethrotomie. Exstirpatio der Leistendrüsen.	6. II. 93.	Fieber und später Anschwellung des Beines infolge Thrombose in der Femoralis.	Tod an Lungenödem 28. II. 93.
69	Phimose	Frenulum. Leistendrüsen beiders. kaum erbsengross, Hydrocele rechts.	Excision im Gesunden, da der Tumor gut abgegrenzt.	20. IV. 93.	Geheilt entlassen.	Unbekannt.
46	Phimose	Frenulum und Glans. Leistendrüsen erbsengross.	Amputatio mit Messer. Ausräumung der Leistenbeugen.	22. IV. 93.	Auf Wunsch entlassen mit noch nicht geheilter Inguinalwunde.	Unbekannt.
60	Phimose	Rechte Seite der Glans. Inguinaldrüsen geschwollen.	Amputatio hinter der Glans. Ausräumung der Leistenbeugen.	28. VI. 93.	Auf Wunsch entlassen mit noch nicht ganz geheilter Inguinalwunde.	Noch gesund.

66	Phimose	Glans. Inguinaldrüsen geschwollen.	Amputatio. Exstirpation der Inguinaldrüsen.	26. II. ?	Geheilt entlassen mit noch kleiner granul. Oeffnung in der r. Inguinalwunde.	Noch gesund.
39	Phimose	Glans und Praeput. Inguinaldrüsen nicht geschwollen.	Amputatio penis.	2. III. 94.	Penisstumpf schwillt stark an; nach einigen Tagen wieder normal; fieberfrei. 19. III. auf Wunsch entlassen.	VIII. 94 Recidiv der Leistendrüsen. Exstirpation. Nach $2^1/_2$ Wochen neues Recidiv. 3te Operation. 22. 2. 95 Tod an Kachexie.
65	Stichverletzung	Praeputium. Inguinaldrüsen geschwollen.	Amputatio mit Messer; Exstirpatio der Lymphdrüsen.	24. IV. 96.	Allgemeinbefinden nach der Operation schlecht.	2. V. 96 Tod an Lungenerscheinungen.
58	Ulcus an der Glans	Glans und Praeputium. Leistendrüsen nicht durchzufühlen.	Amputatio mit Messer; Exstirpatio der Lymphdrüsen, die sich etwas infizirt zeigen.	25. IX. 97.	Auf Wunsch in Heilung entlassen.	Noch gesund.

Alter	Anlass	Sitz der Krankheit	Art der Operation	Zeit der Operation	Ausgang der Operation	Weiter-Verlauf
51	Phimose	Vordere Hälfte des Penis.	Amputatio mit Messer; Excision der Leisten- und Schenkeldrüsen.	27. XI. 97.	In Heilung.	
62	Phimose	Glans penis.	Amputatio und Exstirpatio der Inguinal- und Femoraldrüsen.	26. X. 97.	In Heilung.	
57	Phimose	Glans penis.	Exstirpatio der Inguinal- und Femoraldrüsen und Amput. penis.	10. XII. 97.	In Heilung.	

Im Anschluss an diese Statistik lasse ich nun eine nähere Beschreibung des Krankheitsverlaufes der letzten Patienten folgen.

1. Nachtsheim, Franz. Aufgenommen 14. April 1896, Anamnese. Patient, der 65 Jahre alt ist, will sonst immer gesund gewesen sein.

Vor zwei Jahren gerieth er in ein Wespennest und wurde von einer Wespe in den Penis gestochen; hierauf führt der Kranke sein Leiden zurück. Laut ärztlichen Attestes schwoll diese durch Stich verletzte Stelle entzündlich an, wurde wiederholt inzidirt, heilte aber nicht aus, sondern es bildeten sich stärkere vordere Wucherungen, die leicht bluteten und dem Kranken seit einiger Zeit Schmerzen bereiten. Keine Beschwerden beim Uriniren. Status praesens. Ernährungszustand, dem Alter des Patienten entsprechend, keine eigentliche Kachexie. Die Glans penis in einen hellroten, zerklüfteten, aus höckerigen, polypenartigen Granulationsmassen bestehenden Tumor umgewandelt, in dem die Urethra-Mündung schwer zu finden ist. Auf dem Dorsum des penis eine eigenartig veränderte Hautpartie. Die Haut ist hier zum Teil in strahlenförmiges Narbengewebe umgewandelt, unterminirt, von Fistelgängen durchsetzt; dazwischen finden sich tumorartige Granulationswucherungen, die sehr leicht bluten. Die Inguinal-Lymphdrüsen hauptsächlich rechts stark geschwollen.

An den inneren Organen ist starkes Emphysem zu konstatiren mit diffusen, trockenem und feuchtem Rasseln über beiden Lungen. Atemgeräusch sehr leise. Sputum sehr reichlich, schleimig eitrig Herz ohne Besonderheiten.

15. Juni: Probe-Excision eines Stückes aus der Glans ergiebt Epitheliom.

24. Juni: Operation in Chloroformnarkose, 90 Minuten Dauer, 85,0 Chloroform. Amputation des Penis; die Harnröhre des Stumpfes wird quer gespalten, der untere Lappen mit der Haut der Unterseite des Penisstumpfes vernäht. Der obere Teil der Hautmanschette wird durch von links nach rechts greifenden, die corpora cavernosa mitfassenden, Catgutnähten vereinigt; in den unteren Mundwinkel wird dann der obere Harnröhrenlappen fixirt. Darauf Incision in der regio inguinalis zur Freilegung der Lymphdrüsen.

Dicht unter der Haut die sehr dünne Fascie, unter der sofort die stark nach innen verdrängten grossen Cruralgefässe zu Tage treten. Die Verdrängung bedingt durch einen grossen Fluktuation zeigenden Tumor, der den Nerv. cruralis stark nach aussen verdrängt hat und mit seiner vorderen Wand zwischen Gefässen und Nerv liegt. Probepunktion ergiebt seröse Flüssigkeit. Es wird darauf auf den Tumor eingegangen, derselbe eröffnet; im Schwall entleert sich trübe seröse Flüssigkeit, der Eiter und bröcklige käsige Fetzen folgen. Man gelangt in eine faustgrosse, nach allen Seiten abgeschlossene Absçesshöhle; Teile der Absçessmembran werden mit dem scharfen Löffel entfernt, wobei die vordere Wand des Hüftgelenks freigelegt wird. Ein Ast des n. Cruralis, der angeschnitten ist, wird durch Naht vereinigt. Exstirpation eines kleinen Drüsenpacketes. Schliessung der Wunde durch fortlaufende Naht. Die Absçesswand wird in die Wunde eingenäht, ein Drain eingelegt. In der linken regio inguinalis werden einige kleine Lymphome exstirpirt, die makroskopisch nicht carcinomatös erkrankt sind. Schliessung der Wunde durch fortlaufende Naht.

Das Peniscarcinom hatte nur das Praeputium ergriffen; nach Spaltung lag die Glans intakt unter dem erkrankten in einen Tumor umgewandelten Praeput, das auch die Form einer Glans eingenommen hatte. Puls nach der Operation nicht sehr gut frequent und unregelmässig. Campher.

26. April: Urinentleerung ist gut von statten gegangen; die Naht liegt gut, der Puls noch etwas ungleich und unregelmässig. Bronchitis hat sich sehr verschlechtert. Reichliches Sputum, quälender Husten; pulv. Dower. 0,3, 3mal täglich.

29. April: Mässige Sekretion aus der Wunde. Allgemeinbefinden schlecht. Der Kranke sieht elend aus. Hohe Puls- und Respirationsfrequenz.

2. Mai: Exitus. Die Wunde sah in den letzten Tagen nicht gut aus, r. h. u., war ausgebrochenes Bronchialatmen.

Sektion ergab Caries des unteren Lendenwirbelsäulenabschnittes mit Senkung entlang des Psoas zu dem eröffneten Absçess. Sehr starke eitrige Bronchitis.

2. Johann Blum. Aufgenomen 24. September 1897. Patient will seit 10 Jahren ein im Anfang etwa linsengrosses, sehr langsam wachsendes Ulcus an der Eichel gehabt haben; dieses ging auf das Praeput über, vernarbte und aus der Narbe entstand vor etwa zwei Jahren ein schnell wachsendes Geschwür, das sich schliesslich über den ganzen Penis verbreitete. Man findet den ganzen Penis durch das Carcinom zu etwa Faustgrösse angeschwollen und geschwürig zerfallen. Leistendrüsen geschwollen.

Operation 25. September 1897. Patient wird in Narkose der Penis dicht über der Wurzel amputirt. Dann werden die corp. carv. zusammen vernäht; die Urethra wird mit der äusseren Haut vereinigt, so dass sie weit klafft. Darauf werden durch Schnitte längs des Lig. Poupartii die Leistendrüsen beiderseits mit reichlichem Fett ausgeschnitten. Links finden sich mehr als rechts noch sehr kleine, aber schon deutlich carcinomatös verhärtete Drüsen.

2. Oktober 1897: die Wundhöhlen der beiden Leistenbeugen sind noch sehr tief, fangen an sich zu reinigen, reaktionslose Umgebung.

6. Oktober: Entfernung der Seidennähte aus der Penisstumpfwunde.

15. Oktober: Inguinalwundhöhlen sehr verkleinert, gut granulirend. Der Amputationsstumpf ist gut geheilt, insbesondere die Schleimhautnarbe. Uriniren ohne Schwierigkeit. Von Recidiv nichts zu sehen. Allgemeinbefinden gut. Auf Wunsch in Heilung entlassen.

Patient fühlt sich auch bis jetzt noch vollständig gesund und ist keine Spur von Recidiv aufgetreten.

3. Johann Weinreiss, 51 Jahre alt. Aufgenommen am 26. November 1897 (Johannes-Spital) Anamnese: Keine Heredität. Ziemlich ausgesprochene Phimose; vor $6^1/_2$ Jahren bemerkte Patient eine Schwellung des Penis, besonders der vorderen Hälfte, ohne jedoch irgend welche Beschwerde zu haben, auch Schmerzen fehlten. Vor drei Tagen soll nun auf dem Dorsum penis ein „Geschwür" entstanden sein, Patient will nicht merkbar mager geworden sein. Status. Ziemliche Phimose; penis stark geschwollen, ödematös; auf dem Dorsum etwas vor der Mitte eine ca. markstückgrosse

Ulceration, flach mit schmierigem Sekret bedeckt; beiderseits Leistendrüsen und Schenkeldrüsen geschwollen. Uriniren ohne Beschwerden.

Operation. Spaltung der Phimose nach dem ulcus hin legt ein schon ziemlich ausgedehntes Carcinom blos, worauf die Amputatio penis ventral von demselben gemacht wird; quere Durchtrennung, Vernähen der Schleimhauträndер der Urethra mit der äusseren Haut. Die Leisten- und Schenkeldrüsen beiderseits werden dann je durch T-Schnitt exstirpirt und die Wunde genäht. Es erfolgt glatte primäre Heilung des Penis. Die Leistenwunden müssen beide zum Teil wieder geöffnet werden wegen Secretionsverhaltung, heilen dann aber per secundam glatt aus. Patient wird am 10. Januar 1898 geheilt entlassen.

4. Jacob Nick. Aufgenommen 24. November 1897. 62 Jahre. Patient will sonst stets gesund gewesen sein; seit längerer Zeit Hemmung auf der Brust und Husten. Seit fast $1^1/_2$ Jahren hat sich eine kleine Warze auf der Glans penis gebildet, die sich dann immer vergrösserte. Seit einem halben Jahr Beschwerden beim Uriniren. Patient will nicht abgenommen haben.

Status praesens. Ziemlich kräftiger Mann, etwas Emphysem und Bronchitis. Der Penis fast von der Wurzel an keulenförmig nach vorn zu verdickt; unter der stark ödematösen, nicht zurückschiebbaren Vorhaut fühlt man eine derbe Geschwulst, welche die peripheren $^2/_3$ des Penis einnimmt. Beiderseits sind einzelne Inguinaldrüsen mässig vergrössert, aber sehr derb fühlbar.

26. November: Operation. Nach Spaltung der Vorhaut sieht man ein die Spitze der Glans einnehmendes papilläres, teilweise ulcerirtes Carcinom, auf dessen linker Seite aus einer Oeffnung jauchiger, übelriechender Eiter hervorkommt. Die Oeffnung führt, wie Incision zeigt, in einen jauchigen Zerfallsherd in der Glans, dessen Wände karzinomatös sind. Amputatio penis im oberen Drittel, Uebernähung der Corp. cavernosa penis, Kopfnähte zwischen Haut und Urethralschleimhaut. — Exstirpation der beiderseitigen Inguinal- und Femoraldrüsen mit T-Schnitt.

27. November: Zweimaliger Katheterismus genügt.

30. November: Reaktionsloser Verlauf; am Abend etwas Temperatursteigerung, etwas vermehrter Husten, r. h. u. Bronchitis, die aber nicht bedeutend ist.

11. Dezember: Patient wird als geheilt entlassen.

5. Dahlhausen, 57 Jahre alt. Aufgenommen 6. Dezember 1897. Seit dem 10. Jahre konnte Patient die Vorhaut nicht mehr zurückziehen, später wurde er (1853) in einer Bonner Klinik an Phimose operirt, konnte aber auch nach der Operation die Vorhaut nicht ganz zurückbringen. Seit zwei Jahren bemerkt Patient an der Eichel eine Härte, seit einem Jahre soll der Urinstrahl dünner geworden sein und seit zwei Monaten sollen auch Schmerzen beim Uriniren und selbst bei Kleiderdruck bestehen. Am 9. März d. J. wurde ihm noch ein Junge geboren. Ein Oheim von ihm soll übrigens 1879 hier ebenfalls an Peniscarcinom operirt worden sein und noch leben.

Status. Die Eichel zeigt eine harte, feste Geschwulst von stark Wallnussgrösse am Orific, externum. Die Vorhaut ist nicht zurückschiebbar. Rechts und links sind die Inguinaldrüsen geschwollen; ausserdem besteht ein Leistenbruch rechts.

10. Dezember Operation in Narkose (ausgeführt von Stabsarzt Dr. Schmiz): Exstirpation der Drüsen rechts und links sowohl dicht unter dem Lig. Poupartii als auch in der Rosenmüller'schen Grube. Hierauf Verlängerung des rechten Drüsenschnittes nach dem Dorsum penis zur Entfernung des harten Stranges, welcher aus einem dickeren und dünneren Strang bestand. Dieser liess sich mit Mühe bis zur Symphyse abpräpariren, wo sich derselbe noch ins Becken festsetzte. Amputatio penis ungefähr in der Mitte, lippenförmige Vernähung der Urethra mit der Haut. Naht der übrigen Wunden und Drainage.

13. Dezember: Verband. Retentionsverhalten der linken Wunde, Eröffnung der Naht, Tamponade.

16. Dezember: Tägliches Bad. Tamponiren der Wunde rechts und links mit Jodoformgaze.

20. Dezember: Wunde hat sich sehr schön geschlossen bis auf eine Fistel links. Tamponade, rechts wird darin weggenommen, Patient darf umhergehen.

31. Dezember: Tamponade. Tägliches Bad Patient fühlt sich sehr wohl.

5. Januar 1898: die Fistel links noch 4 cm tief, rechts ist die Wunde beinahe geschlossen; dem Hausarzte wird die weitere Behandlung übergeben. Patient ist recht munter und kräftig. Urin wird im Strahl gut gelassen. Der rechte Hoden ist leicht geschwollen. desshalb Tragen eines Suspensoriums. Patient wird in Heilung entlassen.

Kurz nach diesem Falle kam noch ein sechster Patient wegen Peniscarcinom zur Operation, die wiederum in der Amputatio penis und Ausräumung der Leistendrüsen bestand. Patient ist jedoch noch nicht entlassen.

Was nun die Prognose der Amputatio bei Peniscarcinom anbetrifft, so hängt dieselbe zum grossen Teil ab vom Verhalten der Leistendrüsen. Sind dieselben noch nicht ergriffen, so ist die Vorhersage eine günstige. Thiersch berichtet, dass von fünf Kranken, von denen über den weiteren Verlauf Nachrichten zu erlangen waren, nur einer an Recidiv gestorben, die andern recidivfrei geblieben seien. Die Prognose ist desshalb nach ihm so günstig, weil durch die Amputatio penis nicht bloss sämtliche Krebskeime, sondern auch die ganze anatomisch scharf abgegrenzte Region, auf der der Krebs wuchert, entfernt werden kann. Sind jedoch schon die Leistendrüsen krebsig infizirt, so ist die Prognose weit ungünstiger, da man später stets ein Recidiv zu fürchten hat. Die saubere Ausräumung der Leistendrüsen ist daher von grosser Wichtigkeit.

Ferner trägt zur Verschlechterung der Prognose auch noch das meist hohe Alter und der geschwächte Zustand, in dem die Patienten gewöhnlich zur Operation kommen, viel bei, indem dieselben natürlich weit leichter interkurrirenden Krankheiten ausgesetzt sind und ihnen viel eher erliegen, als kräftige Individuen.

Die Fälle in dieser Statistik kamen fast alle in einem ziemlich vorgeschrittenen Zustande zur Operation; fast in allen Fällen (22) waren die Leistendrüsen mehr oder weniger infizirt; zudem befanden sich die meisten Kranken in einem sehr hohen Alter, zum Teil zählten sie weit über 60 Jahre. Die Prognose, die wir, auf den Ausgang dieser Fälle gestützt, stellen müssen, wird daher nicht annähernd so günstig sein, wie die von Thiersch.

Leider konnte ich nicht über den weiteren Verlauf bei allen Patienten Nachricht erhalten, wodurch eine genaue Statistik ziemlich schwierig gemacht ist. In Hinsicht auf die Prognose sind dieselben natürlich auszuscheiden, auch wenn die meisten von ihnen als geheilt entlassen wurden. Ebenso können die vier letzten angeführten Fälle zu einem Urteil über die Prognose nicht herangezogen werden, da seit der Operation noch zu kurze Zeit verflossen ist.

Sehen wir also von diesen Fällen (es sind 10) ab, so blieben von 16 ohne Recidiv nur 8, während 6 an Rezidiv resp. Kachexie infolge der Krankheit in kürzerer oder längerer Zeit zu Grunde gingen. Die äusserste Zeit, in der Jemand noch an Recidiv starb, betrug 2 Jahre 4 Monate.

Von diesen 6 bekamen 3 Recidiv in den Leistendrüsen, einer eine Metastase am Knie, einer am Magen, von einem war es nicht zu ermitteln.

Ausser diesen an Recidiv Gestorbenen gingen 3 andere nach der Operation zu Grunde und zwar 2 an interkurrirenden Lungenkrankheiten, 1 an Glottisödem infolge zufälliger Aspiration von Speiseteilchen.

Die Vorhersage ist also bei diesen vorgeschrittenen Fällen durchaus nicht so sehr günstig. Selbst wenn wir von den 3 letzten kurz nach der Operation gestorbenen Patienten absehen, so trat noch immer in 42% der Exitus letalis infolge Carcinoms ein. Diese Prognose gilt natürlich nur für solche Fälle, wo die Leistendrüsen schon infizirt sind, indem sonst das Resultat, wie ja auch die Fälle von Thiersch beweisen, ein sehr gutes ist.

Ziehen wir noch einmal kurz das Resumè aus unserer Statistik, so ergiebt sich:

Die betr. Patienten sind im Durchschnitt ca. 60 Jahre alt (fast nie unter 45);

in 75% finden wir Phimose mit Peniscarcinom zusammentreffen;

Sitz der Krankheit und Ausgangspunkt derselben sind fast immer Praeputium oder Glans oder beide zusammen;

die beste Operationsmethode besteht in der Amputatio mit dem Messer und gleichzeitiger Ausräumung der Leistenbeugen;

die Prognose, die in wenig vorgeschrittenen Fällen sehr gut ist, hat in schwereren ca. 45% Todesfälle zu berücksichtigen.

Zum Schlusse erfülle ich eine angenehme Pflicht, indem ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. M. Schede, für die Anregung zu dieser Arbeit, die Ueberweisung des Krankenmaterials sowie die gütige Durchsicht dieser Schrift meinen verbindlichsten Dank ausspreche.

Litteratur.

1. *Thiersch*, Epithelialkrebs, namentlich der Haut, 1868.
2. Jahresbericht über die Fortschritte der gesamten Medicin, 1894 II.
3. Archiv für klin. Chirurgie: Beitrag zur Geschwulstlehre von *Fischer und Waldeyer.*
4. *Schmidt*, Jahrbücher der Medicin.
5. *Max Brüning*, Beitrag zur Prognose des Carcinoma penis Inaugural-Dissertation, Greifswalde.
6. *Tillmanns*, spezielle Chirurgie.

Vita.

Geboren wurde ich *Carl Nicolaus Wenzel* am 19. Januar 1875, kathol. Confession, zu *Berncastel*, Rheinpr., als Sohn des Apothekers *Carl Wenzel* und seiner Gattin *Clara* geb. *Lauerburg*. Nachdem ich die Volksschule zu Berncastel und das Gymnasium zu Trier besucht hatte, erhielt ich Ostern 1894 das Zeugniss der Reife. Dann bezog ich Sommersemester 1894 die Universität Freiburg i. B., um dort Medicin zu studiren; Sommersemester 1895 begab ich mich nach München; Wintersemester 1895/96 ging ich wieder nach Freiburg und bestand Februar 1896 das Tentamen physicum; Sommersemester 1897 genügte ich in Bonn meiner Dienstpflicht; am 4. März 1898 bestand ich mein Examen rigorosum.

Meine akademischen Lehrer in dieser Zeit waren:

In Freiburg: *Wiedersheim, Oppel, v. Kries, Baumann, Gaupp, Himstedt, Ziegler, Goldmann, Schüle, Weismann, Manz.*

In München: *v. Voit, Radelkofer.*

In Bonn: *Binz, Bohland, Fritsch, Doutrelepont, Koester, Pletzer, Rieder, Saemisch, Scheede, Schultze.*

Zum Schluss sage ich den Herrn Professoren und den Herrn Privatdozenten meinen verbindlichsten Dank.

LANE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR ROAD
PALO ALTO, CALIFORNIA